



Ascension

[Date]

محترم مریض/درخواست دہندہ،

اسینشن احساس ہمدردی کی بنیاد پر چلتی ہے اور سب کے لیے ذاتی نگہداشت کی فراہمی کے لیے کوشاں ہے۔ خاص طور سب سے زیادہ ضرورت مند لوگوں کے لیے۔ ہمارے مریضوں کو مالی امداد پیش کرنا ہمارا نصب العین ہے اور ہمارے لیے باعث فخر بھی ہے۔ مالی امداد صرف ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری نگہداشت کے لیے دستیاب ہے۔ آپ کی صحت کی نگہداشت کی تمام ضروریات کے لیے آپ اور آپ کے خاندان کی نگہداشت کرنے کے لیے ہم پر بھروسہ کرنے کے لیے آپ کا شکریہ۔

ہمیں آپ کی درخواست موصول ہوئی تھی، لہذا ہم آپ کو یہ خط اور منسلکہ مالی معاونت کی درخواست ارسال کر رہے ہیں۔ اگر آپ نے اس کی درخواست نہیں کی ہو تو براہ مہربانی اسے نظرانداز کر دیں۔ براہ مہربانی دونوں طرف کو پر کریں اور دستخط اور تاریخ شامل کرنے کے بعد اسے ہمیں واپس ارسال کریں۔ اگر آپ نے پچھلے چھ ماہ کے دوران مالی امداد کے لیے درخواست ارسال کی ہو اور اسے منظور کر لیا گیا ہو تو ہمیں مطلع کریں۔ ہو سکتا ہے آپ کو نئی درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہ ہو۔ بدقسمتی سے، ہم چھ ماہ سے زیادہ پرانی درخواست پر بھروسہ کرنے سے قاصر ہیں۔

درخواست کے ساتھ، آپ کو اپنے گھر کی آمدنی کی تصدیق اور گھر کے کسی بھی رکن کی ملکیت والے تمام اثاثہ جات کی تصدیق فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

آمدنی اور اثاثہ جات کے ثبوت کی مثالوں میں شامل ہیں:

- آجر سے پچھلی 3 سیلری سلپس کی کاپیاں
- حالیہ ترین ٹیکس ریٹرن کی نقل (خود کے لئے کام کرنے کی صورت میں، تمام شیڈول شامل کریں)
- سوشل سیکورٹی اور/یا پینشن ریٹائرمنٹ کے عطیے کا خط
- درخواست دہندہ کی عمر 25 سال سے کم ہونے اور اپنے والدین یا سرپرست کے ٹیکس فارمز میں بطور دست نگر درج ہونے کی صورت میں ان کا حالیہ ترین سالانہ ٹیکس ریٹرن
- بے روزگاری کی مراعات کی رسید کی نقل
- Medicaid اور/یا ریاست کی مالی اعانت سے چلنے والی طبی امداد کے لیے اہلیت کی منظوری/انکار
- آمدنی کی تصدیق کے لئے دیگر دستاویزات

اثاثہ جات کے ثبوت کی مثالوں میں شامل ہیں:

- پچھلے 3 مہینوں سے موجودہ بینک اسٹیٹمنٹس (چیکنگ اور سیونگ اکاؤنٹس)
- سرمایہ کاری، بشمول اسٹاک اور بانڈز
- ٹرسٹ فنڈز
- منی مارکیٹ اکاؤنٹس
- میوچوئل فنڈز

اگر آپ کے خاندان کا کوئی فرد یا آپ کا کوئی دوست آپ کی مالی طور پر امداد کر رہے ہوں یا اگر آپ کے ساتھ ان کے گھر میں رہتے ہوں تو براہ مہربانی ان سے "معاونت کا خط" نامی منسلکہ فارم پر کروائیں۔ اس سے آپ کی طبی بلز کی ذمہ داری ان پر عائد نہیں ہوگی۔ اس سے ہمیں معلوم ہوگا کہ آپ اپنے اخراجات کس طرح برداشت کرنے کے اہل ہیں۔ اگر آپ اپنے خاندان سے تعلق رکھنے والے افراد اور دوستوں سے مالی امداد حاصل نہیں کر رہے ہوں تو آپ کو معاونت کے خط کا فارم پر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

آخر میں، ہم آپ کے بقایا طبی بلوں پر غور کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں تاکہ آپ کو مالی امداد کے لیے اہل بنایا جا سکے۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم اس پر غور کریں، تو براہ کرم اپنے بقایا ماہانہ طبی اور فارمیسی/ادویات کے اخراجات، جیسے موجودہ رسیدیں یا اکاؤنٹ بیلنس کے اسٹیٹمنٹس بھی فراہم کریں۔ براہ کرم یاد رکھیں کہ (1) مکمل کردہ درخواست کے ساتھ (2) آمدنی کا ثبوت، (3) اثاثہ

جات، اور 4) بقایا میڈیکل بلز (اگر قابل اطلاق ہوں) درخواست پر غور کرنے کے لیے موصول ہونا ضروری ہے۔ ہم نامکمل درخواستوں پر عمل یا غور نہیں کر پائیں گے۔

اپنی درخواست جمع کروانے وقت، براہ مہربانی یاد رکھیں کہ انٹرنیٹ پر ای میل کے ذریعے کی گئی مواصلت محفوظ نہیں ہوتی ہے۔ اگرچہ اس بات کا امکان بہت کم ہے، لیکن ممکن ہے کہ ای میل میں شامل کردہ معلومات تک غیرمجاز رسائی حاصل کرنے کی کوشش کی جائے اور اسے دوسرے فریقین پڑھنے میں کامیاب ہو جائیں۔ ہم آپ کی ذاتی معلومات کی حفاظت اور اس کے تحفظ کو یقینی بنانا چاہتے ہیں۔ چونکہ درخواست میں آپ کا سوشل سیکورٹی نمبر اور دیگر نجی معلومات شامل ہوں گے، اسی لیے ہم آپ کو تلقین کرتے ہیں کہ اسے بذریعہ ای میل ارسال نہ کریں۔

براہ کرم اپنی مکمل بھری ہوئی درخواست اور معاون دستاویزات پرنٹ کریں اور بذریعہ ڈاک ارسال کریں یا ذاتی طور پر اس پتے پر پہنچادیں:

Facility/Office where service was provided:	Mail Completed Applications to:
Ascension St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Medical Group-Physician Services	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

ہم یہاں مدد کرنے کے لیے موجود ہیں اور اس یہ یقینی بنانا چاہتے ہیں کہ جو مریض مالی امداد کے لیے اہل ہیں وہ اسے حاصل کریں۔ اگر آپ کو اس درخواست، مطلوبہ معاون دستاویزات، یا آپ کی درخواست ہم تک کیسے پہنچائی جائے اس کے بارے میں کوئی سوال پوچھنا ہو، تو براہ کرم ہمارے کسی بھی مریض کے نمائندے کو [xxx-xxx-xxxx] پر کال کریں۔

Facility where service was provided:	Phone #
Ascension St. John Hospital	877-809-6191
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	888-329-0421
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	888-329-0421
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	800-878-2455
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	800-878-2455
Ascension River District Hospital	888-329-0421

مخلص،

پیشنت فائنانشیل سروسز اسیشن



Ascension

فارم برائے مالی معاونت کی درخواست

مریض کی معلومات

یہ فارم مریض کی عیوض میں لکھی اور تمام خطے پر کریں اور رجسٹر کا کھنڈی سے ختم نقل ملے گی تو NA لکھیں

تاریخ _____ اکاؤنٹ کا نمبر _____ ہسپتال کا نام _____

نام (ہسپتال اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ آجر کی حیثیت _____

فی ہفتہ مالزمت کے گھنٹوں کی تعداد _____ آجر کا فون نمبر _____

نمہ دار فریق کی معلومات/قانونی سرپرست کی معلومات

اگر نمبرہ دل ہوگی اور نمہ دل فریق لکھ ہی ہیں تو اس حصے کو خلی چھڑا دیں

نام (ہسپتال اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ آجر کی حیثیت _____

فی ہفتہ مالزمت کے گھنٹوں کی تعداد _____ آجر کا فون نمبر _____

نمہ دار فریق کے شریک حیات کی معلومات

اگر ہوگی اور نمہ دل فریق لکھ ہی ہیں تو ہوگی کے شریک حیات کی معلومات پر کریں

نام (ہسپتال اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ آجر کی حیثیت _____

فی ہفتہ مالزمت کے گھنٹوں کی تعداد _____ آجر کا فون نمبر _____

نمہ دار فریق کے لواحقین

اگر ہوگی اور نمہ دل فریق لکھ ہی ہیں تو ہوگی کے شریک حیات کی معلومات پر کریں

نام	تاریخ پیدائش	نمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

گھر میں رہنے والے بالغ افراد اور بچوں کی تعداد _____



Ascension

معاونت کے لئے خط

_____ مریض کا طبی ریکارڈ نمبر/اکاؤنٹ نمبر

_____ معاونت دہندہ کا نام

_____ مریض/درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ

_____ معاونت کنندہ کا پتہ

بطرف Ascension:

اس خط کا مقصد یہ بتانا ہے کہ (مریض کا نام) _____ کی کوئی آمدنی نہیں ہے یا بہت کم آمدنی ہے، اور میں انہیں ان کے اخراجات میں معاونت فراہم کر رہا/کر رہی ہوں۔ ان کی میری طرف کوئی ذمہ داری نہیں ہے۔

اس بیان پر دستخط کرنے کا مطلب ہے کہ میں اس بات کا اعتراف کرتا/کرتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات میری معلومات کے مطابق درست ہیں۔

_____ معاونت کنندہ کا دستخط

_____ تاریخ